

**HUBUNGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN KESEHATAN DENGAN
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RS ABDUL MULUK PROVINSI LAMPUNG**

(Skripsi)

Oleh

RAHMAT SANJAYA



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRACT

RELATIONSHIP RESPONSE TIME HEALTH CARE WITH SATISFACTORY PATIENT AT EMERGENCIES DANGEROUS INSTALLATION RS ABDUL MULUK PROVINSI LAMPUNG

By
RAHMAT SANJAYA

This research intent to know there is don't it relationship among response time Health care With satisfactory Patient At Emergencies Dangerous Installation RS Abdul Lampung's Province Lampung. This research utilize . Base observational result and study therefore acquired conclusion as follows:1). Response time on RS Abdul Lampung's Province Overacting bases estimation utilize indicator Good organization declared for by satisfaction service that is felt since patient perceives response time one that done by officer at RS Abdul Lampung's Province Overacting was good to patient . Response time momentarily deep handle emergencies dangerous patient in particular patient with triase's category tingles since get to reduce its damage spaciousness organ–organ in can also reduce SDM'S finances charges that practiced by patient is said well and pleased with response time one that is felt that because patient perception that perceives that proprietary empathy health officer at RS Abdul Lampung's Province Overacting was good Medium and Prasarana which utilized by hospital was good. The importance for Medium and Prasarana, since what does be seen and feeling to change patient perception. Medium and Prasarana by patient is said well and pleased with response time one that is felt since patient perceives facility that is provided at RS Abdul Lampung's Province Overacting was good to hospital officer 2). Tangibles by patient is said well and pleased with ministering quality that is felt since patient perceives facility that is provided at RS Abdul Lampung's Province Overacting was good to hospital officer that keeps clean hospital , of quality dimension reliability / reliability that needs to get attention is about room hygiene and get bearing with medical energy handiness handle critical patient , Responsiveness : Result observationaling to point out that responsiveness's quality that felt by respondent, which is nurse can't listen complaint of patient, don't give clear information about their disease situation and ministering one is at hospital. Officer speed in service patient also being sighed by partly respondent, they expect more service responsive to complaint that their natural, ministering quality on dimensioning assurance with adverse category, empathy said good and pleased with ministering quality that is felt 3). . Its outgrows Determinant Coefficient among Work Condition (X) by Cultural can be accounted from point R^2 multiplied by 100% or $R^2 = 0,006 \times 100\% = 6 \%$. Can be concluded that

variable Response Time (X) ascendants to satisfactory variable changes Patients (Y.) as big as 6 %, meanwhile its rest worded by other factor that doesn't be assessed deep observational it. 2). Regression equation among Response Time with satisfactory Patient is as big as $y. = 3,527 + 0,092X$, with the meaning each ascension one point of variable Response Time will be followed by Patient satisfaction variable as big as 0,092 point. It points out that Response Time giving contribution in increase Patient satisfaction.

Key word: response time, service, patient satisfaction

ABSTRAK

HUBUNGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN KESEHATAN DENGAN KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RS ABDUL MULUK PROVINSI LAMPUNG

Oleh

RAHMAT SANJAYA

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut :1). *Response time* pada RS Abdul Muluk Provinsi Lampung berdasarkan penilaian menggunakan indikator Organisasi yang baik dinyatakan dengan kepuasan pelayanan yang dirasakan karena pasien merasa *response time* yang dilakukan petugas di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap pasien. *Response time* sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori triase merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ–organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan SDM yang terlatih oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan *response time* yang dirasakan tersebut karena persepsi pasien yang merasa bahwa empati yang dimiliki petugas kesehatan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik Sarana dan Prasarana yang digunakan rumah sakit sudah baik. Pentingnya Sarana dan Prasarana, karena apa yang dilihat dan dirasakan akan mengubah persepsi pasien. Sarana dan Prasarana oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan *response time* yang dirasakan karena pasien merasa fasilitas yang disediakan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap petugas rumah sakit 2). *Tangibles* oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan kualitas pelayanan yang dirasakan karena pasien merasa fasilitas yang disediakan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap petugas rumah sakit yang menjaga kebersihan rumah sakit, dari dimensi mutu *reliability*/ keandalan yang perlu mendapat perhatian adalah tentang kebersihan kamar dan berkaitan dengan kecekatan tenaga medis menangani pasien kritis, *Responsiveness*: Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas *responsiveness* yang dirasakan responden, yaitu perawat tidak mampu mendengarkan keluhan dari pasien, tidak memberikan

informasi yang jelas tentang keadaan penyakit mereka dan pelayanan yang ada di rumah sakit. Kecepatan petugas dalam melayani pasien juga dikeluhkan oleh sebagian responden, mereka mengharapkan pelayanan yang lebih tanggap terhadap keluhan yang mereka alami, mutu pelayanan pada dimensi *assurance* dengan kategori kurang baik, *empathy* dikatakan baik dan puas dengan kualitas pelayanan yang dirasakan 3). Besarnya Koefisien Determinasi antara Lingkungan Kerja (X) dengan Budaya dapat dihitung dari nilai R^2 dikalikan dengan 100% atau $R^2 = 0,006 \times 100\% = 6\%$. Dapat disimpulkan bahwa variabel *Response Time* (X) berpengaruh terhadap perubahan variabel Kepuasan Pasien (Y) sebesar 6 %, sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yang tidak dikaji dalam penelitian ini. 2). Persamaan regresi antara *Response Time* dengan Kepuasan Pasien adalah sebesar $Y = 3,527 + 0,092X$, yang artinya setiap kenaikan satu point dari variabel *Response Time* akan diikuti oleh variabel Kepuasan Pasien sebesar 0,092 point. Hal ini menunjukkan bahwa *Response Time* memberikan kontribusi dalam meningkatkan Kepuasan Pasien .

Kata kunci: response time, pelayanan, kepuasan pasien

**HUBUNGAN *RESPONSE TIME* PELAYANAN KESEHATAN DENGAN
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RS ABDUL MULUK PROVINSI LAMPUNG**

Oleh

Rahmat Sanjaya

Skripsi

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar
SARJANA ADMINISTRASI NEGARA

Pada

Jurusan Administrasi Negara
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

Judul Skripsi

: **HUBUNGAN *RESPONSE TIME*
PELAYANAN KESEHATAN DENGAN
KEPUASAN PASIEN DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RS ABDUL MULUK
PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: **Rahmat Sanjaya**

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1516041111

Jurusan

: Ilmu Administrasi Negara

Fakultas

: Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

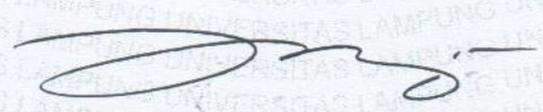


Dr. Noverman Duadji, M.Si.
NIP 19691103 200112 1 002



Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si.
NIP 19720918 200212 2 002

2. Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara

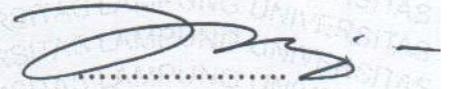


Dr. Noverman Duadji, M.Si.
NIP 19691103 200112 1 002

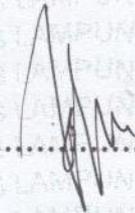
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

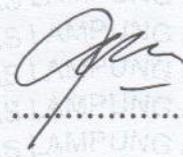
Ketua : Dr. Noverman Duadji, M.Si.



Sekretaris : Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si.



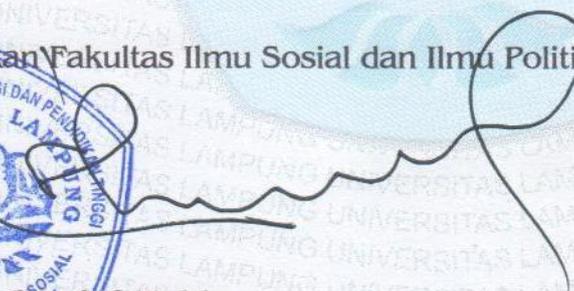
**Penguji
Bukan Pembimbing : Nana Mulyana, S.IP., M.Si.**



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Dr. Syarif Makhya
NIP 19590803 198603 1 003



Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 17 September 2019

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Megister/Sarjana/Ahli Madya). Baik di Universitas Lampung maupun diperguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebut nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Lampung.

Bandar Lampung, 16 Oktober 2019



RAHMAT SANJAYA

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Rahmat Sanjaya dilahirkan di Panaragan, pada tanggal 07 Juni 1996, merupakan anak ke3 dari 3 bersaudara dari pasangan Bapak Khoiri Rujungan dan Ibu Rekayanti, S.Pd Jenjang Pendidikan penulis di mulai dari Taman Kanak-kanak Pertiwi di Panaragan, diselesaikan pada tahun 2002 Pada tahun yang sama penulis melanjutkan ke jenjang Sekolah Dasar yaitu di SDN 02 Panaragan, diselesaikan pada tahun 2008 Pada tahun yang sama penulis melanjutkan ke jenjang Sekolah Menengah Pertama yaitu di SMP Karya Bahkti dan diselesaikan pada tahun 2011, kemudian penulis melanjutkan pendidikan di SMAN 02 Tumijajar dan diselesaikan pada tahun 2014 Pada tahun 2015 penulis terdaftar sebagai salah satu mahasiswa jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.

Selama menjadi mahasiwa, pengalaman organisasi penulis yaitu Ketua Angkatan BEM Garda Muda FISIP UNILA tahun 2014-2015 serta Ketua Pelaksana Promosi Jurusan Ilmu Administrasi Negara tahun 2016 dan dilanjutkan sebagai Kordinator Kecamatan Kuliah Kerja Nyata Universitas Lampung tahun 2017 di Provinsi Lampung Kabupaten Tulang Bawang Barat Kecamatan Lambu Kibang, serta menjadi Anggota Himpunan Mahasiswa Islam Komisariat Sosial Politik Universitas Lampung (HMI KOMSOSPOL UNILA) tahun 2015.

MOTTO

“Watch your thoughts, for they will become actions. Watch your actions, for they’ll become... habits. Watch your habits for they will forge your character. Watch your character, for it will make your destiny.” (Margaret Thatcher, Perdana Mentri Ingris tahun 1979)

Artinya :

“Awasi Pikiran Anda, Karena Itu Akan Menjadi Tindakan. Perhatikan Tindakan Anda, Karena Itu Akan Menjadi Kebiasaan. Perhatikan Kebiasaan Anda Karena Mereka Akan Menempa Karakter Anda. Awasi Karakter Anda, Karena Itu Akan Membuat Takdir Anda.” (Margaret Thatcher, Perdana Mentri Inggris tahun 1979)

“Sebaik-baik manusia adalah yang paling bermanfaat bagi manusia” (HR. Ahmad, ath-Thabrani, ad-Daruqutni. Hadits ini dihasankan oleh al-Albani di dalam Shahihul Jami’ no:3289).

PERSEMBAHAN

**Dengan segala puji syukur kehadiran Allah SWT dan segala
Ketulusan hati, ku persembahkan karya sederhana ini sebagai
tanda bakti dan cinta kasihku kepada :
Kedua orangtua tercinta ibu dan bapak,
atas segala kasih sayang, do'a, dan perjuangan untuk
keberhasilanku.**

**Teman-Temanku Semua atas dukungan dan kesabarannya yang telah
menemani dan membantuku dalam penyusunan skripsi ini**

**Almamater tercinta
Universitas Lampung**

SANWACANA

Bismillahirrahmanirrahim,

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillah, segala puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan kasih sayang-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **”Hubungan *Response Time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rs Abdul Muluk Provinsi Lampung”**

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar sarjana Administrasi Negara pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung. Penyusunan skripsi ini terselesaikan atas dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. Syarief Makhya selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung atas bantuannya dalam proses penyelesaian skripsi ini.
2. Bapak Dr. Noverman Duadji, M.Si. selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu dan membimbing dari awal hingga terselesaikannya skripsi ini.
3. Ibu Dr. Novita Tresiana, S.Sos, M.Si., yang telah membantu dan terus memotivasi agar menyelesaikan skripsi ini.

4. Bapak Nana Mulyana, S.IP.,M.Si, selaku dosen pembahas dan penguji skripsi, terima kasih atas segala kritik dan masukan, sehingga skripsi penulis dapat menjadi lebih baik lagi.
5. Seluruh Dosen Jurusan Administrasi negara Universitas Lampung yang telah memberikan bekal ilmu.
6. Seluruh karyawan Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Khususnya Jurusan Administrasi Negara atas bantuan yang diberikan.
7. Kedua Orangtuaku tercinta mama Rekayanti, S.Pd (anakmu sudah sarjana loh) dan papa Khoiri Rujungan yang telah membimbing hingga kini ku telah menjadi dewasa, serta yang tak lupa selalu medoakanku dalam doadoanya. Terimakasih
8. Kakakku tercinta Ria Putri Sanjaya, S.K.M dan Prasaputra Sanjaya, S.I.P., Serta Kakak Iparku dan Keponakanku Tercinta Wenny Sagita, Amd.keb dan nakanda Ranjendra Rujungan terimakasih atas dukungan moril dan materil serta motivasi kalian yang selalu sabar membimbing Rahmat, maaf ya kalau sering ngerepotin.
9. Keluarga Besar Nawawi Rujungan dan Stan Geger terimakasih atas dukungan dan motivasinya.
10. Sahabat Keluarga Besar Ilmu Administrasi Negara Angkatan 2015 (Atlantik), serta sahabat cup-cup Aldino Usama, Bayu Ib, Bima Bagus Triadi, Dharma Geraldo, Dwi Yan Alfino, Fraska Kenda Yasa, Muhammad Riswan, Rilian Antajaya, Thamrin, terimakasih atas waktunya selama ini.

11. Special For My Dearest Fikta Zakia Nurfaizah, S.Ked., seorang Perempuan super sabar yang selalu setia menemani selama ini terimakasih atas perhatian dan dukungannya.
12. Keluarga besar Kecamatan Lambu Kibang Desa Kibang Tri Jaya , Tulang Bawang Barat, terimakasih atas bantuan selama 40 hari KKN.
13. Teman-Teman KKN Kecamatan Lambu Kibang Desa Kibang Tri Jaya, Tulang Bawang Barat. Candra Aulia Pasha, Fevi Anggraini, Galih Pandu Kuncahyo, Maharani, Nindya Oktaviani, Shila terimakasih atas kebersamaanya dalam keadaan suka duka yang kita lalui bersama selama 40 hari.
14. Serta semua pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terima kasih atas doa dan dukungannya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, penulis hanya dapat berdoa, semoga segala bantuan yang telah diberikan dicatat sebagai amal baik dan diberikan balasan yang terbaik oleh Allah SWT dan skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Bandar Lampung, 16 Oktober 2019
Penulis

Rahmat Sanjaya

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR TABEL	v
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Tinjauan Tentang Pelayanan Publik	11
2.1.1 Pengertian Pelayanan Publik	11
2.1.2 Klasifikasi Pelayanan Publik	13
2.1.3 Standar Pelayanan Publik	14
2.1.4 Kualitas Pelayanan Publik	17
2.2 Tinjauan Mengenai Rumah Sakit	24
2.2.1 Pengertian Rumah Sakit	24
2.2.2 Fungsi Rumah Sakit	26
2.3 Tinjauan Mengenai Instalasi Gawat Darurat	28
2.3.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat	28
2.3.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	28

2.3.3	Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat	30
2.4	Response Time.	31
2.4.1	Pengertian Response Time	31
2.4.2	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Response Time.	32
2.4.3	Klasifikasi Prioritas Klien/ Triase	33
2.4.4	Pendekatan Manajemen Response Time di Instalasi Gawat Darurat	37
2.5	Kepuasan Pasien	38
2.5.1	Definisi Kepuasan	38
2.5.2	Kepuasan Pasien	39
2.5.3	Dimensi Kepuasan Pasien	41
2.5.4	Mengukur tingkat kepuasan	42
2.5.5	Manfaat pengukuran kepuasan	43
2.6	Kerangka Teori	46
2.7	Kerangka Konsep	46
2.8	Hipotesis	47

III METODE PENELITIAN

3.1	Tipe Penelitian	48
3.2	Metode Penelitian	48
3.3	Definisi Operasional	49
3.4	Populasi dan Sampel	50
3.4.1	Populasi	50
3.4.2	Sampel	50
3.5	Sumber Data	52
3.6	Teknik Pengumpulan Data	52

3.7 Teknik Pengolahan Data	53
3.8 Teknik Pengukuran dan Pemberian Skor	54
3.9 Teknik Analisis Data	55
3.10 Uji Hipotesis	56
3.11 Uji Validitas dan Reliabilitas Data	58
IV	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN
4.1 Profil RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung	60
4.2 Sejarah Rumah Sakit	61
4.3 Visi Misi dan Tujuan Rumah Sakit	62
4.4 Tugas pokok dan fungsinya	63
4.5 Jenis Pelayanan	64
V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN
5.1 Deskripsi Responden	66
5.1.1. Deskripsi Responden berdasarkan Jenis kelamin	67
5.1.2. Deskripsi Responden berdasarkan Kelompok Usia	68
5.1.3. Deskripsi Responden berdasarkan Pekerjaan	69
5.2 Hasil Uji	70
5.2.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Data	70
5.2.1.1. Uji Validitas dan Reliabilitas Response Time (X)	70
5.2.1.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kepuasan Pasien (Y)	72
5.2.2 Analisis Regresi Linier antara Response Time (X) Terhadap Kepuasan Pasien (Y)	73
5.3 Pembahasan	75

VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan	83
	6.2 Saran	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	45
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	46
Gambar 5.1 Diagram Pie Jenis Kelamin Responden	66
Gambar 5.2. Diagram Pie Usia Responden	67
Gambar 5.3 Diagram Pie Pekerjaan Responden	68

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Distribusi pegawai pada RSUD Abdul Moeloek	64
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	66
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Usia	67
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	68
Tabel 5.4 Validitas dan Reliabilitas Variabel Response Time (X)	70
Tabel 5.5 Validitas dan Reliabilitas Variabel Kepuasan Pasien (Y)	71
Tabel 5.6 Koefisien Determinasi Response Time (X) dengan Kepuasan Pasien (Y)	72
Tabel 5.7 Uji Hipotesis Response Time (X) dengan Variable Kepuasan Pasien (Y)	73

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pertolongan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan (Sutawijaya dalam Dahliana & Widaryati (2015:61)). Pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting bahwa waktu adalah nyawa (*Time saving is life saving*). Salah satu indikator mutu pelayanan berupa *respon time* atau waktu tanggap yang merupakan indikator proses untuk mencapai indikator hasil, yaitu kelangsungan hidup. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit menyatakan waktu tanggap atau *respons time*. Standar waktu ini dihitung berdasarkan kecepatan pelayanan dokter maupun perawat di IGD. Waktu ini dihitung dari saat pasien tiba di depan pintu rumah sakit sampai mendapat respon dari petugas IGD dengan waktu pelayanan yang dibutuhkan pasien sampai selesai proses penanganan gawat darurat.

Prinsip umum mengenai pelayanan di IGD menurut Kepmenkes RI nomor 856 tahun 2009 mengenai Standar IGD di Rumah Sakit, yaitu pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah

sampai di IGD. Pelayanan gawat darurat harus sesuai dengan waktu tanggap yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar.

Sutawijaya dalam Dahliana & Widaryati (2015:73), mengatakan bahwa dalam kondisi gawat darurat pasien dapat kehilangan nyawa dalam hitungan menit. Nafas berhenti dalam waktu 2-3 menit sehingga dapat menyebabkan kematian yang fatal. *Respon time* sangat penting bahkan pada selain penderita penyakit jantung. Waktu tanggap yang panjang dapat mengakibatkan resiko kematian ataupun cedera parah. Kenaikan 1 menit waktu tanggap, dapat meningkatkan angka kematian rata-rata 17% setelah 1 hari kejadian.

Pelayanan gawat darurat yang kurang cepat atau waktu tanggap yang menurut pasien dirasa lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan gawat darurat. Kepuasan adalah suatu keadaan yang dirasakan konsumen setelah dia mengalami suatu kinerja (atau hasil) yang telah memenuhi berbagai harapannya. Menurut Oliver dalam Putri, dkk (2014:82), kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang (pelanggan) setelah membandingkan antara kinerja atau hasil yang dirasakan (pelayanan yang diterima dan dirasakan) dengan yang diharapkannya. Kepuasan konsumen (*customer satisfaction*) adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan apa yang betul-betul mereka butuhkan dan

inginkan, bukan memberikan apa yang kita pikirkan dibutuhkan oleh mereka.

Kepuasan pasien dan keluarga tergantung pada kualitas pelayanan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien maupun keluarga ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien atau keluarga pasien dengan menggunakan persepsi tentang pelayanan yang diterima (memuaskan atau mengecewakan juga termasuk lamanya waktu pelayanan (Purba, dkk, 2015:65).

Response time sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori triase merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ-organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan dan *response time* yang cepat dapat menimbulkan rasa puas terhadap pelayanan yang dirasakan oleh keluarga pasien ditunjang juga dengan sikap peduli atau *emphaty* dan keramahan juga komunikasi yang baik antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan khususnya perawat (Purba, dkk, 2015:67).

Rumah sakit adalah institusi layanan publik yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan serta penyelenggara pelayanan publik harus dapat memenuhi amanat Undang-Undang Pelayanan Publik Nomor 25 Tahun 2009 dan Keputusan Menpan No. 63/Kep./M.PAN/7/2003, tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Layanan Publik, disebutkan bahwa

layanan publik oleh pemerintah dibedakan menjadi tiga kelompok layanan administratif, yaitu :

1. Kelompok layanan yang menghasilkan bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik;
2. Kelompok layanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang digunakan oleh publik;
3. Kelompok layanan yang menghasilkan berbagai jasa yang dibutuhkan oleh publik.

Maka dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek harus berasaskan pada kepentingan umum, kepastian hukum, kesamaan hak, keseimbangan hak dan kewajiban, keprofesionalan, partisipatif, persamaan perlakuan, kerbukaan, akuntabilitas, fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan, ketepatan waktu dan kecepatan, kemudahan dan keterjangkauan. Rumah sakit sebagai salah satu lembaga penyedia jasa layanan kesehatan dituntut untuk bersikap proaktif dan memberikan pelayanan yang berkualitas kepada konsumennya. Hal ini tentunya sangat disadari oleh Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Moeloek Bandar Lampung lewat mottonya yaitu ASRI (Aktif, Segera, Ramah dan Inovatif) maka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeleok dituntut untuk bisa memberikan pelayanan prima disegala bidang.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeleok Provinsi Lampung merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Provinsi Lampung, oleh karena itu pihak manajemen RSUAM menyadari untuk harus selalu

memperbaiki mutu pelayanannya yaitu dengan cara memenuhi harapan dari yang dilayani (pasien). Perbaikan mutu pelayanan dilakukan dengan meningkatkan kinerja seluruh SDM yang terlibat yang merupakan gambaran kinerja rumah sakit seutuhnya. Rumah sakit akan mampu bertahan dan unggul di era globalisasi saat ini, dengan jalan memahami harapan konsumen mengenai pelayanan di rumah sakit serta menerapkan sesuai dengan apa yang diinginkan konsumen, (Irmawati, 2001: 81) dalam Juwita (2008). Untuk memperoleh keunggulan daya saing secara global, rumah sakit dituntut mampu menyajikan pelayanan berkualitas dengan harga wajar serta bersaing. Tujuan utama rumah sakit dalam menyajikan pelayanan berkualitas adalah tercapainya kepuasan pasien yang ditandai dengan berkurangnya keluhan (*complain*) dari masyarakat pasien, sehingga menunjukkan kinerja perusahaan yang tinggi.

Pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting. Sebagai pintu terdepan rumah sakit, IGD harus bisa memberikan pertolongan yang cepat dan tepat untuk keselamatan pasien. Wilde (2009:51) telah membuktikan secara jelas tentang pentingnya waktu tanggap (*response time*) bahkan pada pasien selain penderita penyakit jantung. Mekanisme *response time*, disamping menentukan keluasan rusaknya organ-organ dalam, juga dapat mengurangi beban pembiayaan. Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan

kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus sesuai dengan kompetensi dan standar pelayanan sehingga penanganan yang diberikan berdasarkan *response time* yang cepat dan tindakan yang tepat (Kemenkes RI, 2011). Rumah Sakit Abdul Moeloek memberikan pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) selama 24 jam. Berdasarkan data *response time* yang didapatkan dari Rumah Sakit Abdoel Moeloek dari bulan November 2017 sampai bulan April 2018, tercatat *response time* IGD dengan waktu penanganan lebih dari 5 menit adalah 282 kasus, dan yang kurang dari 5 menit adalah 12.990 kasus.

Tabel 1.1 Data Kunjungan Pasien

No	Bulan	Tahun	Jumlah Kunjungan (Orang)
1	November	2017	2064
2	Desember	2017	2339
3	Januari	2018	2535
4	Februari	2018	2291
5	Maret	2018	2351
6	April	2018	1692

Sumber. Rumah Sakit Abdul Moeloek, 2018

Berdasarkan tabel 1.1, kunjungan pasien di Rumah Sakit Abdul Moeloek pada bulan November 2017 adalah 2064 orang, Desember 2017 adalah 2339 orang, Januari 2018 adalah 2535 orang, Februari adalah 2291 orang, Maret 2351 orang, dan April 1692 orang. Jumlah kunjungan dari

November 2017 sampai bulan April 2018 adalah 13.272 orang. Pada bulan April 2015, data pasien pada triage merah sebanyak 263 kasus, pada triage kuning 507 kasus, triage hijau 915 kasus, dan pasien 3 meninggal sebanyak 7 kasus. Hasil kritik dan saran yang diberikan 40 pasien pada IGD Rumah Sakit Abdul Moeloek dari bulan November 2017 sampai April 2018 mengatakan 85% puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas medis di IGD Rumah Sakit Abdul Moeloek, 10% mengatakan cukup puas dan memberikan saran kepada petugas medis untuk lebih cepat dan sigap dalam melayani pasien, dan 5% mengatakan tidak puas dengan pelayanan karena petugas medis kurang cepat dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Pada dasarnya setiap orang ingin mendapatkan pelayanan yang sebaik-baiknya pada pelayanan jasa yang mereka pilih. Kepuasan pasien adalah salah satu indikator kualitas pelayanan yang kita berikan. Response time di IGD Rumah Sakit Abdul Moeloek dengan waktu penanganan lebih dari 5 menit masih relatif tinggi dengan jumlah kunjungan pasien yang banyak, sehingga mengakibatkan masih ada beberapa pasien yang cukup puas atau bahkan kurang puas oleh pelayanan di IGD Rumah Sakit Abdul Moeloek.

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD Rumah Sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat, untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat

menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat.

Kepuasan pasien menjadi salah satu indikator kinerja klinis pelayanan di IGD. Kecepatan dan ketepatan pelayanan menjadi Standart Pelayanan Minimal yang harus dicapai oleh petugas khususnya perawat di IGD. Kecepatan diukur dengan respon time (waktu tanggap) < 5 menit dan waktu pelayanan ≤ 45 menit. Sementara ketepatan dapat dilihat dari persepsi pasien dalam menilai tindakan yang diambil perawat sesuai dengan kebutuhan pasien.

Berdasarkan penjelasan di atas, penulis tertarik untuk mengangkat judul **Hubungan *Response Time* Pelayanan Kesehatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka penulis dapat merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah "Adakah hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung?".

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan bentuk fisik (*tangible*) fasilitas rumah sakit dengan kepuasan pasien di IGD RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- b. Mengetahui hubungan keandalan (*reliability*) pada pelayanan rumah sakit dengan kepuasan pasien di IGD RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- c. Mengetahui hubungan daya tanggap (*responsiveness*) pada pelayanan rumah sakit dengan kepuasan pasien di IGD RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- d. Mengetahui hubungan jaminan (*assurance*) pada pelayanan rumah sakit dengan kepuasan pasien di IGD RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- e. Mengetahui hubungan empati (*empathy*) pada pelayanan rumah sakit dengan kepuasan pasien di IGD RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini meliputi:

1. Manfaat Bagi Keluarga

Penelitian ini diharapkan menjadi tolak ukur untuk melihat kepuasan Keluarga pasien yang berkaitan dengan hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung.

2. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan, pengetahuan dan informasi bagi masyarakat pada umumnya, yang tentunya berkaitan dengan hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung.

3. Manfaat Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik dan mendapatkan nilai kepuasan bagi masyarakat.

4. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit untuk yang berkaitan dengan hubungan antara *response time* Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat RS Abdul Muluk Provinsi Lampung.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Pelayanan Publik

2.1.1 Pengertian Pelayanan Publik

Menurut Mahmudi dalam Ardiyansyah (2011:17), Pelayanan publik adalah istilah untuk layanan yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta kepada warga negara/ masyarakatnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Istilah ini dikaitkan bahwa layanan tertentu harus tersedia untuk semua kalangan tanpa memandang perbedaan baik ras, suku, agama, jenis kulit, maupun strata sosial mereka.

Moenir dalam Anggara (2012:568) mengemukakan bahwa pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung, sedangkan Sinambela (2010:5) pelayanan publik diartikan pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Berdasarkan penjelasan tersebut, pelayanan dapat diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang membentuk suatu proses. Proses pelayanan berlangsung secara terus-menerus dan berkesinambungan, meliputi seluruh aspek kehidupan orang dalam masyarakat.

Pelayanan publik menurut Wasistiono dalam Hardiyansyah (2011:11) adalah pemberian jasa, baik oleh pemerintah, maupun oleh swasta, atau pihak swasta atas nama pemerintah atau pun pihak swasta kepada masyarakat, dengan atau tanpa pembayaran guna memenuhi kebutuhan dan atau kepentingan masyarakat. Sedangkan Agung Kurniawan dalam Pasolong (2011:128) mengatakan bahwa pelayanan publik adalah pemberian pelayanan (melayani) keperluan orang lain atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

Pelayanan publik menurut Kepmen PAN Nomor 25 Tahun 2004 adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima layanan, maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sedangkan Kepmen PAN Nomor 58 Tahun 2002 mengelompokkan tiga jenis pelayanan dari instansi pemerintah serta BUMN/BUKD. Pengelompokan jenis pelayanan tersebut di dasarkan pada ciri-ciri dan sifat kegiatan serta produk pelayanan yang dihasilkan, yaitu (1) pelayanan administratif, (2) pelayanan barang, (3) pelayanan jasa.

Menurut Sinambela dalam Pasolong (2011:128) Pelayanan Publik adalah sebagai setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah terhadap sejumlah manusia yang memiliki setiap kegiatan yang menguntungkan

dalam suatu kumpulan atau kesatuan, dan menawarkan kepuasan meskipun hasil tidak terikat pada suatu produk atau fisik.

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa pelayanan publik adalah suatu kegiatan yang memberikan pelayanan oleh penyelenggara kepada penerima pelayanan, yang dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip dalam pelayanan publik dan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, baik dalam bentuk barang maupun jasa publik dengan tujuan agar dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

2.1.2 Klasifikasi Pelayanan Publik

Pelayanan publik yang harus diberikan oleh pemerintah, menurut Mahmudi dalam Ardiyansyah (2011:20-23) terbagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

1) Pelayanan barang

Pelayanan barang adalah pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang menjadi kebutuhan publik, meliputi: jaringan telepon, penyediaan air bersih, Penyediaan listrik, dan lai-lain.

2) Pelayanan jasa

Pelayanan jasa adalah pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan publik, misalnya : pendidikan,

pemeliharaan kesehatan, parkir, sanitasi lingkungan kebersihan, keamanan, dan lain-lain.

3) Pelayanan Administrasi

Pelayanan administratif merupakan pelayanan yang berupa penyediaan berbagai bentuk dokumen yang dibutuhkan oleh publik, misalnya: pembuatan Kartu Tanda Penduduk (KTP), Akta Kelahiran, Sertifikat Tanah, Akta Kematian, Izin Mendirikan Bangunan (IMB), pasport, dan lai-lain

2.1.3 Standar Pelayanan Publik

Pengertian standar pelayanan merupakan suatu istilah dalam pelayanan publik (*public service*) yang menyangkut kualitas dan kuantitas pelayanan publik yang diandalkan oleh pemerintah sebagai salah satu indikator kesejahteraan masyarakat. Menurut Oentarto, et al. dalam Barus (2015:16) menjelaskan bahwa: Standar pelayanan minimal memiliki nilai yang sangat strategis baik bagi pemerintah (daerah) maupun bagi masyarakat (konsumen). Adapun nilai yang sangat strategis tersebut yaitu: Pertama, bagi pemerintah daerah standar pelayanan minimal dapat dijadikan sebagai tolak ukur dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan layanan; Kedua, bagi masyarakat standar pelayanan minimal dapat dijadikan sebagai acuan mengenai kualitas dan kuantitas suatu pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah (daerah).

Standar pelayanan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur (Undang-Undang Nomor 25 pasal 1 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik).

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan, dan Penerapan Standar Pelayanan. Komponen standar pelayanan adalah komponen yang merupakan unsur-unsur administrasi dan manajemen yang menjadi bagian dalam sistem dan proses penyelenggara pelayanan publik.

Berdasarkan Bab 5, Pasal 21 UU Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, setiap standar pelayanan dipersyaratkan harus mencantumkan komponen sekurang-kurangnya, meliputi:

- a. Dasar hukum, adalah peraturan perundang-undangan yang menjadi dasar penyelenggaraan pelayanan.
- b. Persyaratan, adalah syarat (dokumen atau hal lain) yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif.
- c. Sistem, mekanisme, dan prosedur, adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima layanan, termasuk pengaduan.

- d. Jangka waktu penyelesaian, adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.
- e. Biaya/tarif, adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.
- f. Produk pelayanan, adalah pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.
- g. Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas, adalah peralatan dan fasilitas yang diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan, termasuk peralatan dan fasilitas pelayanan bagi kelompok rentan.
- h. Kompetensi pelaksana, adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.
- i. Pengawasan internal, adalah sistem pengendalian intern dan pengawasan langsung yang dilakukan oleh pemimpin satuan kerja atau atasan langsung pelaksana.
- j. Penanganan pengaduan, saran dan masukan, adalah tata cara pelaksana penanganan pengaduan dan tindak lanjut.
- k. Jumlah pelaksana, adalah tersedianya pelaksana sesuai dengan beban kerja. Informasi mengenai komposisi atau jumlah petugas yang melaksanakan tugas sesuai pembagian dan uraian tugasnya.

- l. Jaminan pelayanan, adalah memberikan kepastian pelayanan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan.
- m. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan, adalah dalam bentuk komitmen untuk memberikan rasa aman, bebas dari bahaya, resiko, dan keragu-raguan.
- n. Evaluasi kinerja pelaksana, adalah penilaian untuk seberapa jauh pelaksana kegiatan sesuai dengan standar pelayanan.

Dari pendapat di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa standar pelayanan publik adalah suatu proses kegiatan yang menjadi tugas pokok atau tanggung jawab para aparatur pemerintah negara ataupun daerah guna memenuhi segala kebutuhan yang diperlukan oleh masyarakat berkaitan dengan ketersediaan perangkat penunjang pelayanan demi tercapainya tujuan negara yakni kesejahteraan masyarakatnya.

2.1.4 Kualitas Pelayanan Publik

2.1.4.1 Pengertian Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan publik merupakan tolak ukur untuk menentukan bagaimana mutu layanan publik di suatu lembaga penyedia layanan publik. Mutu sebenarnya tidak dapat diukur karena merupakan hal yang maya jadi bukan suatu besaran yang terukur. Oleh sebab itu, perlu dibuat indikator yang merupakan besaran yang terukur demi untuk menentukan kualitas baik produk maupun jasa.

Terkait kualitas pelayanan publik menurut Pasolong (2011:132) yaitu kualitas pada dasarnya merupakan kata yang menyandang arti relatif

bersifat abstrak, kualitas dapat digunakan untuk menilai atau menentukan tingkat penyesuaian suatu hal terhadap persyaratan atau spesifikasinya. Bila persyaratan atau spesifikasi itu terpenuhi berarti kualitas suatu hal yang dimaksud dapat dikatakan baik, sebaliknya jika persyaratan tidak terpenuhi maka dapat dikatakan tidak baik. Dengan demikian, untuk menentukan kualitas diperlukan indikator. Karena spesifikasi yang merupakan indikator harus dirancang berarti kualitas secara tidak langsung merupakan hasil rancangan yang tidak tertutup kemungkinan untuk diperbaiki atau ditingkatkan.

Zeithaml *et. al.* Dalam Hardiyansyah (2011:40) mengatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan suatu metode yang diturunkan secara empiris yang dapat digunakan oleh organisasi pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Metode ini meliputi pengembangan pemahaman mengenai kebutuhan layanan yang dirasakan oleh pelanggan. Ini diukur dari persepsi kualitas layanan bagi organisasi yang bersangkutan, kemudian dibandingkan terhadap sebuah organisasi yang sangat baik. Analisis kesenjangan yang dihasilkan kemudian dapat digunakan sebagai panduan untuk peningkatan kualitas layanan.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan adalah tingkatan layanan yang diberikan oleh pemberi layanan untuk memenuhi harapan konsumen selaku pelanggan atau penerima layanan dimana dapat diketahui dengan cara membandingkan persepsi para pelanggan atas apa yang diharapkan dan apa yang dirasakan.

Apabila jasa yang dirasakan sesuai dengan jasa yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan sebagai kualitas ideal. Demikian sebaliknya, apabila jasa yang dirasakan jelek atau kurang memuaskan atau tidak sesuai dengan apa yang diharapkan maka kualitas jasa dipersepsikan negatif atau buruk. Maka baik atau tidaknya kualitas pelayanan tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

2.1.4.2 Dimensi Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan memiliki beberapa dimensi atau unsur kualitas pelayanan. Dimensi-dimensi kualitas pelayanan merupakan hasil temuan penelitian dari teori kualitas pelayanan. Dimensi ini dibuat untuk mengukur kualitas pelayanan dengan menggunakan suatu kuisisioner.

Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:41) menyatakan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh dua hal, yaitu: *expected service* dan *perceived service*. *Expected service* dan *perceived service* ditentukan oleh *dimention of service quality* yang terdiri dari sepuluh dimensi, yaitu: (1) *Tangibles*, (2) *Reability*, (3) *Responsiveness*, (4) *Competence*, (5) *Courtesy*, (6) *Credibility*, (7) *Feel secure*, (8) *Acces*, (9) *communication*, (10) *Understanding the costumer*.

Dari sepuluh dimensi kualitas pelayanan tersebut, kemudian Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:42) menyederhanakan menjadi lima dimensi, yaitu dimensi SERVQUAL (kualitas pelayanan) sebagai berikut:

- a. *Tangibles* (bukti langsung), yaitu kemampuan suatu organisasi atau perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan, sarana dan prasarana fisik dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa.
- b. *Reability* (kehandalan), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan, sikap simpatik dan akurasi yang tinggi.
- c. *Responsiveness* (ketanggapan), yaitu suatu kemampuan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat (responsif) dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan pelanggan menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi negatif dalam kualitas pelayanan.
- d. *Assurance* (jaminan), yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada organisasi/ perusahaan yang memiliki beberapa komponen antara lain:
 - 1) *Communication* (komunikasi), yaitu secara terus menerus memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa dan

penggunaan kata yang jelas sehingga para pelanggan dapat dengan mudah mengerti. Disamping itu organisasi/perusahaan hendaknya dapat secara cepat dan tanggap dalam menyikapi keluhan dan komplain yang dilakukan oleh pelanggan.

- 2) *Credibility* (kredibilitas), perlunya jaminan atas suatu kepercayaan yang diberikan kepada pelanggan, *believability* atau sifat kejujuran. Menanamkan kepercayaan, memberikan kredibilitas yang baik bagi perusahaan pada masa yang akan datang.
 - 3) *Security* (keamanan), adanya suatu kepercayaan yang tinggi dari pelanggan akan pelayanan yang diterima. Tentunya pelayanan yang diberikan memberikan suatu jaminan kepercayaan yang maksimal.
 - 4) *Competence* (kompetensi), yaitu keterampilan yang dimiliki dan dibutuhkan agar dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan dapat dilaksanakan dengan optimal.
 - 5) *Courtesy* (sopan santun), dalam pelayanan adanya suatu nilai moral yang dimiliki oleh pemberi pelayanan kepada pelanggan atau penerima pelayanan. Jaminan akan kesopanan santunan yang ditawarkan kepada pelanggan sesuai dengan kondisi dan situasi yang ada.
- e. *Empathy* (empati), yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan

dengan berupaya memahami keinginan konsumen selaku penerima pelayanan. Dimana pemberi pelayanan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan.

Menurut Sinambela (2010:6) secara teoritis, tujuan pelayanan publik pada dasarnya adalah memuaskan masyarakat. Untuk mencapai kepuasan itu dituntut kualitas pelayanan prima yang tercermin dari:

1. Transparansi, yakni pelayanan yang bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti;
2. Akuntabilitas, yakni pelayanan yang dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
3. Kondisional, yakni pelayanan yang sesuai kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas;
4. Partisipatif, yaitu pelayanan yang dapat mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan, dan harapan masyarakat;
5. Kesamaan hak, yakni pelayanan yang tidak melakukan diskriminasi dilihat dari aspek apapun khususnya suku, ras, agama, golongan, status sosial, dan lain-lain;

6. Keseimbangan hak dan kewajiban, yakni pelayanan yang mempertimbangkan aspek keadilan antara pemberi dan penerima pelayanan publik.

Menurut Wibawa (2010:182) terdapat enam dimensi/ indikator untuk mengukur kualitas program, kegiatan atau layanan. Adapun masing-masing dimensi tersebut adalah:

- a. Kepuasan: yakni kepuasan masyarakat atau pihak yang dilayani terhadap jumlah dan mutu produk (layanan), prosedur (jelas, mudah dan pasti), biaya (murah), waktu (cepat), keramahan, kebersihan, keindahan ruang dan gedung, kemudahan akses ke gedung lain, dan sebagainya.
- b. Responsivitas: yakni relevansi program, kegiatan, pelayanan, terhadap kebutuhan atau harapan masyarakat, termasuk juga disini tingkat kegunaan *output* dan *outcome*.
- c. Responsibilitas: yakni ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang mengikatnya.
- d. Transparansi: yakni keterbukaan dinas di hadapan publik (masyarakat dan instansi lain) serta kesediaan dinas memberikan informasi yang dimintai oleh publik.
- e. Akuntabilitas: yakni mutu pertanggung-jawaban dinas terhadap masyarakat dan instansi pengawas.

- f. Keadilan: yakni proporsionalitas distribusi kegiatan atau pelayanan. Disini dilihat apakah kegiatan dinas itu memang terdistribusikan menurut kebutuhan masyarakat atau tidak.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan meliputi ukuran-ukuran sebagai berikut:

1. *Reability*, yaitu kemampuan untuk memproduksi jasa sesuai yang diinginkan secara tepat;
2. *Assurance*, yaitu pengetahuan dan kemampuannya untuk meyakinkan;
3. *Empathy*, yaitu tingkat perhatian dan atensi individual yang diberikan kepada pelanggan;
4. *Responsiviness*, yaitu kemampuan untuk membantu pelanggan memberikan pelayanan yang tepat;
5. *Tangibel*, yaitu penyediaan fasilitas fisik dan kelengkapan serta penampilan pribadi.

2.2 Tinjauan Mengenai Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu institusi yang sesuai dari segi lokasi, konstruksi, organisasi, pengelolaan dan personalia, untuk menyediakan secara ilmiah, ekonomis, efisien dan tidak menghambat, semua atau sebagian kebutuhan kompleks untuk pencegahan, diagnosis, pengobatan aspek fisik, mental dan medis pasien dengan fasilitas yang berfungsi untuk pelatihan pekerja baru dalam berbagai bidang spesialis

professional, bidang teknis dan ekonomis penting untuk pelaksanaan fungsi yang semestinya dan dengan kontak-kontak yang memadai dengan para dokter, rumah sakit lain, fakultas kedokteran dan semua biro kesehatan sah yang tersangkut dalam program kesehatan yang lebih baik.

Pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa rumah sakit merupakan tempat yang melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya yaitu pelayanan medik, pelayanan perawatan, pencegahan dan peningkatan kesehatan bahkan tempat penularan, dan juga merupakan tempat pendidikan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari resiko dan gangguan kesehatan, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

2.2.2 Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara paripurna. Tugas rumah sakit umum menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yaitu melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Menurut UU RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa menyelenggarakan fungsinya, maka Rumah Sakit umum menyelenggarakan kegiatan:

- a) Pelayanan medis;
- b) Pelayanan dan asuhan keperawatan;
- c) Pelayanan penunjang medis dan nonmedis;
- d) Pelayanan kesehatan masyarakat dan rujukan;
- e) Pendidikan, penelitian dan pengembangan;
- f) Administrasi umum dan keuangan .

2.3 Tinjauan Mengenai Instalasi Gawat Darurat

2.3.1 Pengertian Instalasi Gawat Darurat

Pengertian Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit adalah salah satu bagian dari rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang menderita sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan mengenai Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit yang tertuang dalam Kepmenkes RI No. 856/Menkes/SK/IX/2009 untuk mengatur standarisasi pelayanan gawat darurat di Rumah Sakit. Guna meningkatkan kualitas IGD di Indonesia perlu komitmen Pemerintah Daerah untuk membantu Pemerintah Pusat dengan ikut memberikan sosialisasi kepada masyarakat bahwa dalam penanganan kegawatdaruratan dan *life saving* tidak ditarik uang muka dan penanganan gawat darurat dilakukan 5 (lima) menit setelah pasien sampai di IGD. Berdasarkan pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa Instalasi Gawat Darurat adalah salah satu bagian dari rumah sakit yang menyediakan penanganan awal bagi pasien yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya.

2.3.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

Latar belakang pentingnya diatur standar IGD karena pasien yang masuk ke IGD Rumah Sakit tentunya butuh pertolongan yang cepat dan tepat, untuk itu perlu adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat

darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Semua itu dapat dicapai antara lain dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD Rumah Sakit sesuai dengan standar. Disisi lain, desentralisasi dan otonomi telah memberikan peluang daerah untuk mengembangkan daerahnya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuannya serta siap mengambil alih tanggung jawab yang selama ini dilakukan oleh pusat. Oleh karenanya, perlu membuat standar yang baku dalam pelayanan gawat darurat yang dapat menjadi acuan bagi daerah dalam mengembangkan pelayanan gawat darurat khususnya di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.

Adapun prinsip umum pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit adalah: Kepmenkes RI Nomor 856 Tahun 2009, sebagai berikut:

1. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan: melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilisasi (*life saving*)
2. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

3. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
4. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
5. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multi-disiplin, multi-profesi, dan terintegritasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana) yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.
6. Setiap Rumah Sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai klasifikasi.

2.3.3 Klasifikasi Instalasi Gawat Darurat

Klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) terdiri dari:

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level IV sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas A.
- b. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level III sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas B.
- c. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level II sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas C .
- d. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Level I sebagai standar minimal untuk Rumah Sakit Kelas D.

2.4. *Response Time.*

2.4.1. Pengertian *Response Time*

Menurut Depkes RI (2006) salah satu indikator mutu pelayanan IGD adalah waktu tanggap atau yang disebut *Response Time*. Menteri kesehatan pada tahun 2009 telah menetapkan salah satu prinsip umumnya tentang penanganan pasien gawat darurat yang harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD (Kepmenkes, 2009). Depkes RI (2010) juga mengatakan salah satu prinsip umum pelayanan IGD di RS adalah *Response Time*; pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.

Waktu tanggap gawat darurat merupakan gabungan dari waktu tanggap saat pasien tiba di depan pintu runah sakit sampai mendapat respon dari petugas Instalasi Gawat Darurat (*response time*) dengan waktu pelayanan yang diperlukan sampai selesai proses penanganan gawat darurat (Haryatun dan Sudaryanto, 2008).

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa *Response Time* (waktu tanggap) merupakan suatu standar pelayanan yang harus dimiliki oleh Instalasi Gawat Darurat. Peneliti juga menyimpulkan bahwa *Response Time* merupakan unsur dari *Responsiveness* yang menjadi salah satu faktor dari kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat.

2.4.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Response Time*.

Kecepatan dan ketepatan pertolongan yang diberikan pada pasien yang datang ke IGD memerlukan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan penanganan yang tepat. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan sarana, prasarana, sumber daya manusia dan manajemen IGD rumah sakit sesuai standar (Kepmenkes, 2009).

Canadian of Association Emergency Physician (2012) menuliskan bahwa kejadian kurangnya *stretcher* untuk penanganan kasus yang akut berdampak serius terhadap kedatangan pasien baru. *American College of Emergency Physician* (2008) menuliskan bahwa pada IGD yang mengalami permasalahan berlimpahnya jumlah pasien yang ingin mendapatkan pelayanan, menempatkan seorang dokter di wilayah triase dapat mempercepat proses pemulangan pasien atau *discharge* untuk pasien minor dan membantu memulai penanganan. Green, et.al.(2006) yang mengemukakan bahwa pada perubahan yang sangat kecil dan sederhana dalam penempatan staf sangat berdampak pada keterlambatan penanganan di IGD.

Berdasarkan beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa tercapainya standar *Response Time* perawat dalam pelayanan di IGD dipengaruhi oleh ketersediaan sarana prasarana, SDM dan sistem manajemen IGD yang baik.

2.4.3 Klasifikasi Prioritas Klien/ Triase

2.4.3.1 Pengertian

Triase adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas klien berdasarkan berat ringannya kondisi klien atau kegawatannya yang memerlukan tindakan segera. Dalam triage, perawat dan dokter mempunyai batasan waktu (*response time*) untuk mengkaji keadaan dan memberikan intervensi secepatnya yaitu < 10 menit. Penggunaan awal kata “*trier*” mengacu pada penampilan *screening* di medan perang. Kata ini berasal dari bahasa Perancis yang berarti bermacam-macam dalam memilah gangguan. Dominique Larrey, ahli bedah Napoleon Bonaparte yang pertama kali melakukan *triase*. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap hampir 100 juta orang yang memerlukan pertolongan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

Triage yang akurat merupakan kunci untuk tindakan yang efisien di Instalasi Gawat Darurat (Manitoba Health, 2010). Penatalaksanaan pada kondisi darurat didasarkan pada respon klinis daripada urutan kedatangan (ACEM, 2005). Pasien dengan prioritas rendah akan menunggu lebih lama untuk penilaian dan pengobatan (Manitoba Health, 2010). Triase memiliki fungsi penting di Instalasi Gawat Darurat (IGD), di mana banyak pasien dapat hadir secara bersamaan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa

pasien dirawat sesuai urutan urgensi klinis mereka yang mengacu pada kebutuhan untuk intervensi waktu-kritis. Urgensi klinis tidak identik dengan kompleksitas atau tingkat keparahan. Triase juga memungkinkan untuk alokasi pasien untuk penilaian dan pengobatan daerah yang paling tepat, dan memberikan kontribusi informasi yang membantu untuk penanganan kasus lebih lanjut (ACEM, 2005).

2.4.3.2 Pembagian Triase

Berbagai sistem triase mulai dikembangkan pada akhir tahun 1950-an seiring jumlah kunjungan IGD yang telah melampaui kemampuan sumber daya yang ada untuk melakukan penanganan segera. Tujuan triase adalah memilih atau menggolongkan semua pasien yang datang ke IGD dan menetapkan prioritas penanganan. Triase terbagi atas *Single Patient Triage* dan *Routine Multiple Casualty Triage*.

- 1) *Single Patient Triage* Menurut Puspongoro (2011), triase tipe ini dilakukan terhadap satu pasien pada fase pra-rumah sakit maupun pada fase rumah sakit di Instalasi Gawat Darurat dalam *day to day emergency* dimana pasien dikategorikan ke dalam pasien gawat darurat (*true emergency*) dan pasien bukan gawat darurat (*false emergency*). Dasar dari cara triase ini adalah menanggulangi pasien yang dapat meninggal bila tidak dilakukan resusitasi segera.

Single patient triage dapat juga dibagi dalam kategori berikut:

- a) Resusitasi adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat dan mengancam nyawa serta harus mendapat penanganan resusitasi segera.
 - b) *Emergent* adalah pasien yang datang dengan keadaan gawat darurat karena dapat mengakibatkan kerusakan organ permanen dan pasien harus ditangani dalam waktu maksimal 10 menit.
 - c) *Urgent* adalah pasien yang datang dengan keadaan darurat tidak gawat yang harus ditangani dalam waktu maksimal 30 menit.
 - d) *Non-urgent* adalah pasien yang datang dalam kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan yang ringan-sedang, tetapi mempunyai kemungkinan atau dengan riwayat penyakit serius yang harus mendapat penanganan dalam waktu 60 menit.
 - e) *False emergency* adalah pasien yang datang dalam kondisi tidak gawat tidak darurat dengan keluhan ringan dan tidak ada kemungkinan menderita penyakit atau mempunyai riwayat penyakit yang serius.
- 2) *Routine Multiple Casualty Triage*
- a) *Simple triage and rapid treatment (START)*

Dalam *Hospital Preparedness for Emergencies & Disasters* (2007) dinyatakan bahwa sistem ini ideal untuk *Incident*

korban massal tetapi tidak terjadi *functional collapse* rumah sakit. Ini memungkinkan paramedik untuk memilah pasien mana yang perlu dievakuasi lebih dulu ke rumah sakit. Prinsip dari START adalah untuk mengatasi ancaman nyawa, jalan nafas yang tersumbat dan perdarahan masif arteri. START dapat dengan cepat dan akurat tidak boleh lebih dari 60 detik perpasien dan mengklasifikasi pasien ke dalam kelompok terapi:

- Hijau: pasien sadar dan dapat jalan dipisahkan dari pasien lain, walking wounded dan pasien histeris.
- Kuning/delayed: semua pasien yang tidak termasuk golongan merah maupun hijau.
- Merah/immediate (10%-20% dari semua kasus): semua pasien yang ada gangguan air way, breathing, circulation, disability and exposure. Termasuk pasien-pasien yang bernafas setelah air way dibebaskan, pernafasan > 30 kali permenit, capillary refill > 2 detik.
- Hitam: meninggal dunia

b) Triase bila jumlah pasien sangat banyak SAVE (*secondary Assessment of Victim Endpoint*).

Sistem ini dapat mentriase dan menstratifikasi korban bencana. Ini sangat membantu bila dilakukan dilapangan

dimana jumlah pasien banyak, sarana minimum dan jauh dari fasilitas rumah sakit definitive (Depkes, 2007a).

Kategori triase dalam SAVE dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut:

- Korban yang akan mati tanpa melihat jumlah perawatan yang diterimanya.
- Korban yang akan selamat tanpa melihat langkah perawatan apa yang diberikan.
- Korban yang akan sangat beruntung dari intervensi di lapangan yang sangat terbatas

2.4.4 Pendekatan Manajemen Response Time di Instalasi Gawat Darurat

- a. Pengorganisasian di Instalasi Gawat Darurat Pengorganisasian merupakan proses penyusunan pembagian kerja ke dalam unit-unit kerja dan fungsi-fungsinya beserta penempatannya dengan cara yang tepat mengenai orang-orangnya (staffing) yang harus menduduki fungsi-fungsi itu berikut penentuannya dengan tepat tentang hubungan wewenang dan tanggung jawabnya (Handoko, 2003).
- b. Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional Lumenta (2012) menyatakan bahwa kebijakan adalah rangkaian konsep dan ketentuan pokok yang menjadi garis besar dan dasar bagi rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, serta konsistensi dengan tujuan organisasi, sedangkan standar prosedur operasional adalah suatu

perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. SPO membantu mengurangi kesalahan dan pelayanan dibawah standar dengan memberikan langkah-langkah yang sudah diuji dan disetujui dalam melaksanakan berbagai kegiatan. Standar prosedur operasional disusun dengan tujuan agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten dan aman, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Standar prosedur operasional disusun didasarkan atas kebijakan yang berlaku (Lumenta, 2012).

2.5 Kepuasan Pasien

2.5.1. Definisi Kepuasan

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang berorientasi pada kepuasan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pengguna jasa. Kepuasan adalah suatu dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan dapat dipenuhi melalui produk yang diberikan (Haffizurrachman,2004).

Kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan (Gerson, 2004). Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapan (Kotler, 2007). Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan

bahwa yang dimaksud kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap hasil yang diterima serta memenuhi harapan dan keinginannya.

2.5.2. Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien berkaitan dengan kesembuhan pasien dari sakit atau luka. Hal ini lebih berkaitan dengan konsekuensi sifat pelayanan kesehatan itu sendiri, berkaitan pula dengan sasaran dan hasil pelayanan. Kepuasan pasien dalam menilai mutu pelayanan yang baik, dan merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi mutu pelayanan. Hal ini karena memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan bermutu dengan nilai dan harapan pasien yang mempunyai wewenang sendiri untuk menetapkan standar mutu pelayanan yang dikehendaki (Hafizzurachman, 2004). Menurut Porter dalam Utama (2005) kepuasan sebagai selisih dari banyaknya sesuatu yang seharusnya ada dengan banyaknya apa yang ada. Artinya seseorang akan terpuaskan jika tidak terdapat selisih antara kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual.

Kotler (2000) dalam Asmuji (2012), mendefinisikan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi/ kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk dan harapan-harapannya. Kepuasan seorang pembeli (konsumen) setelah melakukan pembelian tergantung pada kesesuaian antara prestasi dari produk yang dibeli dengan harapan dari pembeli tersebut. Menurut Gerson (2004), kepuasan pasien

adalah persepsi pasien bahwa harapannya telah terpenuhi atau terlampaui. Sedangkan menurut Nurachmah (2005), kepuasan pasien didefinisikan sebagai evaluasi paska konsumsi bahwa suatu produk yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

Menurut Sabarguna (2004), kepuasan pasien adalah merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Tapi walaupun subyektif tetap ada dasar obyektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan pengaruh lingkungan waktu itu, tetapi tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang ada. Kepuasan pasien akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa dari pembeli jasa kepada pasien sesuai dengan apa yang dipersepsikan pelanggan. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor subyektifitas yang dapat membuat perbedaan persepsi atau kesenjangan antara pelanggan dan pemberi jasa, ada lima kesenjangan dalam kualitas jasa (Haffizurrachman, 2004)

- a. Kesenjangan antara persepsi manajemen tentang harapan konsumen.
- b. Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi konsumen.
- c. Kesenjangan antara spesifikasi jasa dan jasa yang disajikan.
- d. Kesenjangan antara penyampaian jasa aktual dan komunikasi eksternal kepada konsumen.
- e. Kesenjangan antara jasa yang diharapkan dan jasa aktual yang

diterima konsumen.

Suprpto (2006) mengemukakan kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan yang diharapkannya.

Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien merupakan nilai subyektif pasien terhadap pelayanan yang diberikan setelah membandingkan dari hasil pelayanan yang diberikan dengan harapannya. Pasien akan merasa puas jika pelayanan yang diberikan sesuai harapan pasien atau bahkan lebih dari apa yang diharapkan pasien.

2.5.3 Dimensi Kepuasan Pasien

Dimensi kepuasan pasien yang dirasakan seseorang sangat bervariasi sekali, namun secara umum dimensi dari kepuasan sebagaimana yang didefinisikan diatas mencakup hal-hal berikut. Kemampuan yang mengacu hanya pada penerapan standar kode etik profesi. Pelayanan kesehatan dikatakan memenuhi kebutuhan kepuasan pasien apabila pelayanan yang diberikan mengikuti standar serta kode etik yang disepakati dalam suatu profesi, atau dengan kata lain yaitu bila suatu pelayanan kesehatan yang diberikan telah mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh profesi yang berkompeten serta tidak menyimpang dari kode etik yang berlaku bagi profesi tersebut (Azwar, 1996).

2.5.4 Mengukur tingkat kepuasan

Untuk mengetahui kepuasan yang dirasakan pelanggan atau penerima pelayanan maka perlu diperlukan pengukuran. Menurut Supranto (2001), pengukuran tingkat kepuasan dimulai dari penentuan pelanggan, kemudian dimonitor dari tingkat kualitas yang diinginkan dan akhirnya merumuskan strategi. Lebih lanjut juga dikemukakan bahwa harapan pelanggan dapat terbentuk dari pengalaman masa lalu, komentar dari kerabat serta janji dan informasi dari penyedia jasa dan pesaing. Kepuasan pelanggan dapat digambarkan dengan suatu sikap pelanggan, berupa derajat kesukaan (kepuasan) dan ketidaksukaan (ketidakpuasan) pelanggan terhadap pelayanan yang pernah dirasakan sebelumnya. Menurut Kotler (2007), ada beberapa macam metode dalam mengukur kepuasan pelanggan :

a. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelanggannya untuk menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telepon langsung dengan pelanggan.

b. *Ghost shopping*

Mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing

berdasarkan pengalaman mereka.

c. *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli agar dapat memenuhi mengapa hal itu terjadi.

d. *Survey* kepuasan pelanggan

Penelitian/*survey* dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen. Melalui *survey* perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya.

2.5.5. Manfaat pengukuran kepuasan

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan obyektif. Dengan hasil pengukuran orang biasa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkannya dengan standar kerja dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut :

- a. Pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang

prima kepada pelanggan.

- b. Pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat.
- c. Pengukuran pemberian umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bila pelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.
- d. Pengukuran memberitahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya, informasi ini juga biasa datang dari pelanggan.
- e. Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

Menurut Azwar (1996), di dalam situasi rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani, karena pasien adalah klien yang terbanyak, maka manfaat yang dapat diperoleh bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut :

- a. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- b. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain.

Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.

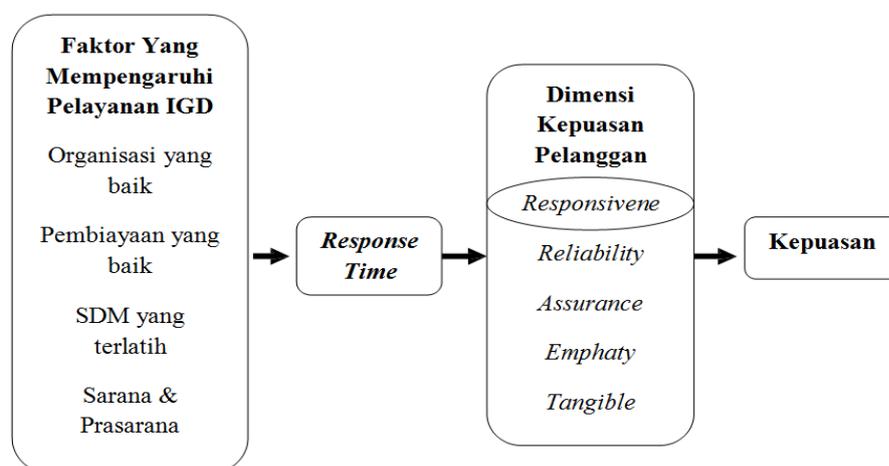
- c. Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengarkan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatkan pendapatan rumah sakit).
- d. Berbagai pihak yang berkepentingan di rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- e. Di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak- hak pasien. Rumah sakit pun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktek tidak terjadi.

Menurut Jacobalis (2003), untuk mengukur kepuasan pasien dapat digunakan alat untuk evaluasi pelayanan kesehatan, evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, membuat keputusan administrasi, evaluasi efek perubahan dari organisasi pelayanan, *administration staff* dan fungsi pemasaran serta formasi etik profesional.

Pasien akan merasa sangat tidak puas apabila hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat didapatkan pasien jauh dibawah harapannya, jika hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat belum memenuhi harapan pasien maka pasien akan merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diterima pasien.

Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi harapan rata-rata pasien, sedangkan pasien akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat melebihi apa yang diharapkan pasien.

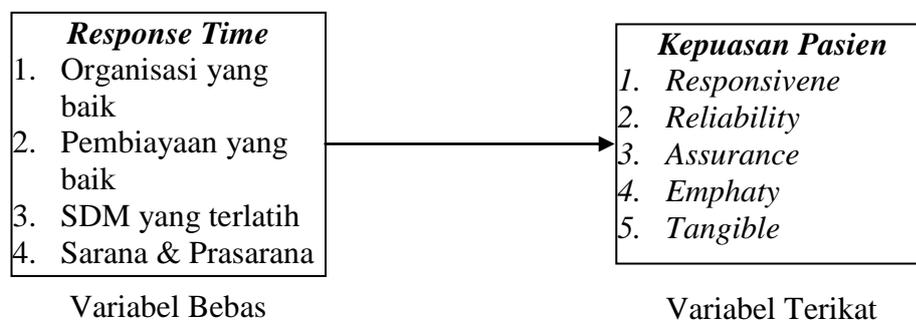
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(Sumber : Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:42))

2.7 Kerangka Pikir

Dengan kerangka pikir dari penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Pikir
(Sumber : Zeithaml dalam Hardiyansyah (2011:42))

2.8 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian. Biasanya hipotesis dirumuskan dalam bentuk hubungan antara kedua variabel, variabel bebas dan terikat (Notoatmodjo, 2010).

Hipotesis terbagi dalam 2 tipe:

1. Hipotesis nol (H_0) yang berarti tidak ada hubungan antar variabel yang diteliti.
2. Hipotesis alternatif (H_1) yang menyatakan adanya hubungan antara variabel yang diteliti.

Dalam penelitian ini, peneliti mempunyai hipotesis alternatif penelitian (H_1) yaitu jika *response time* IGD baik maka berhubungan terhadap tingkat kepuasan pasien IGD RS. Abdul Muluk Provinsi Lampung.

III. METODE PENELITIAN

3.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode survei. Metode survei adalah metode riset dengan menggunakan kuesioner sebagai instrumen pengumpulan datanya, dengan tujuan untuk memperoleh informasi dari sejumlah responden yang dianggap mewakili sejumlah populasi tertentu. Metode penelitian kuantitatif adalah penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif atau statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono 2014: 8).

3.2 Metode Penelitian

Metode penelitian ini yaitu metode survei. Metode survei yaitu mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data yang pokok (Masri Singarimbun, 1995:3) dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data yang pokok. Metode ini dilakukan dengan cara peneliti membagikan kuesioner kepada para responden yang memenuhi persyaratan penelitian

dan responden mengisi kuesioner sesuai keadaan mereka. Hasil data dari kuesioner tersebut lalu dihitung menggunakan bantuan program SPSS 21 dan hasil penelitian dijabarkan pada pembahasan.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan serangkaian definisi yang digunakan oleh peneliti untuk mengukur suatu variabel. Pengukuran tersebut bisa berupa angka-angka ataupun juga sifat dan karakter dan variabel tersebut.

Definisi operasional dijelaskan dalam bentuk tabel berikut ini:

Tabel 3.1
Definisi Operasional Response Time dan Kepuasan Pelanggan

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Indikator	Skala data
<i>Response time</i>	Waktu tanggap dalam melayani pasien sesegera mungkin	Angket/ Kuesioner	1. Organisasi yang baik 2. Pembiayaan yang baik 3. SDM yang terlatih 4. Sarana & Prasarana	Likert
Kepuasan Pasien	Suatu ungkapan perasaan pasien terhadap pelayanan yang diterima sesuai dengan pelayanan yang diharapkannya.	Angket/ Kuesioner	1. <i>Responsivene</i> 2. <i>Reliability</i> 3. <i>Assurance</i> 4. <i>Emphaty</i> 5. <i>Tangible</i>	Likert

(Sumber : Haryatun dan Sudaryanto, 2008)

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Jadi populasi bukan hanya orang, tetapi juga objek dan benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada objek atau subjek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subyek atau obyek tersebut

Siregar (2013:30) mengemukakan bahwa populasi berasal dari bahasa Inggris yaitu *population* yang berarti jumlah penduduk. Dalam metode penelitian, kata populasi amat populer dipakai untuk menyebutkan serumpun/sekelompok objek yang menjadi sasaran penelitian. Populasi penelitian merupakan keseluruhan dari objek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuhan, dan sebagainya. Sehingga objek-objek ini dapat menjadi sumber penelitian.

Peneliti menentukan populasi pada penelitian ini menggunakan rata-rata jumlah pasien IGD per bulan dalam periode tahun 2017 di IGD RS Abdul Muluk yaitu sekitar 1600 pasien/bulan.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah suatu prosedur pengambilan data dimana hanya sebagian populasi saja yang diambil dan dipergunakan untuk menentukan

sifat serta ciri yang dikehendaki dari suatu populasi. (Siregar, 2013:30). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *non probability sampling*, yaitu adalah suatu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Metode yang digunakan adalah *purposive sampling*, yakni anggota populasi dipilih sesuai dengan masalah dan tujuan penelitian sebagai sampel. Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien/keluarga pasien IGD yang bersedia menjadi responden.
2. Pasien IGD dalam keadaan sadar dan mampu berkomunikasi.
3. Keluarga pasien IGD yang mengantar pasien dari awal dan menunggu hingga pasien selesai ditangani.

Dalam menentukan besaran sampel dan jumlah populasi yang besar, peneliti menggunakan rumus Slovin yakni sebagai berikut:

$$\text{Pendapat slovin: } n = \frac{N}{N \cdot e^2 + 1}$$

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

e = Perkiraan Tingkat Kesalahan adalah 10%

$$= \frac{1600}{1600 \cdot (0,01)^2 + 1}$$

=94,11 dibulatkan menjadi 94 Responden

(Sumber : Siregar, 2013:34)

3.5 Sumber Data

Sumber data penelitian ini meliputi

1. Data Primer, data yang diperoleh langsung dari penelitian di lapangan berupa kuisisioner-kuisisioner yang dibagikan kepada responden dan wawancara yang dilakukan terhadap responden.
2. Data Sekunder, merupakan data yang tidak diperoleh secara langsung melainkan berasal dari dokumen-dokumen atau data-data yang telah ada sebelumnya

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan teknik-teknik

1. Kuesioner

Data diperoleh dengan menyebarkan kuisisioner yang berisikan daftar pertanyaan mengenai indikator-indikator penelitian yang telah dijabarkan dalam definisi operasional.

2. Kepustakaan

Data diperoleh dari buku-buku atau kepustakaan lainnya yang menjadi referensi dari penelitian.

3. Observasi

Data diperoleh dari hasil mengamati secara langsung dan dengan pemberian kuisisioner. (Sugiono, 2010:30)

3.7 Teknik Pengolahan Data

Setelah mengumpulkan data dan lapangan, maka tahap selanjutnya adalah mengadakan pengolahan data. Adapun kegiatan pengolahan data dilakukan dengan teknik-teknik sebagai berikut :

1. Tahap Editing

Yaitu proses pemikiran kembali alat pengumpulan data (kuisisioner) apabila terdapat hal yang salah satu meragukan, hal ini menyangkut :

- a. Lengkapya pengisian
- b. Kejelasan jawaban
- c. Kesesuaian jawaban satu sama lain
- d. Relevansi jawaban
- e. Keseragaman satuan data

2. Tahap Klasifikasi Data / Koding

Jawaban responden dikasifikasikan menurut macamnya sesuai dengan pokok bahasan ataupun permasalahan yang telah disusun dengan memberi tanda bagi setiap kategori yang sama.

3. Tahap Tabulasi

Tabulasi diartikan sebagai proses penyusun data kedalam bentuk tabel. Lewat tabulasi data lapangan akan tampak ringkas dan bersikap rangkum. Dalam keadaan ringkas dan tersusun kedalam suatu tabel yang baik, data dibaca dengan mudah dan makna akan mudah dipahami.

4. Interpretasi

Merupakan membeni jawaban penafsiran dan data-data yang ada pada tabel untuk dibeni makna yang lebih luas. (Sugiyono, 2010 33)

3.8 Teknik Pengukuran dan Pemberian Skor

Kriteria pengukuran dan pemberian skor dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan skala likert, yaitu responden dihadapkan dengan pernyataan dan kemudian diminta untuk memberikan jawaban sangat puas, puas, netral, tidak puas dan sangat tidak puas. Masing-masing alternatif jawaban diberi skor 1-5.

Skala Likert dapat digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi sekelompok orang mengenai suatu fenomena.

Kategori jawaban untuk masing-masing variabel adalah sangat tinggi , tinggi, sedang, rendah, dan sangat rendah dengan altematif jawaban yang diberikan oleh responden penelitian sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju, dan sangat tidak setuju. Berdasarkan kriteria tersebut, maka pemberian skomya sebagai berikut:

1. Apabila responden menjawab sangat setuju diberi kategori sangat tinggi dengan skor 5
2. Jika responden menjawab setuju diberi kategori tinggi dengan skor 4
3. Jika responden menjawab netral diberi kategori sedang dengan skor 3

4. Jika responden menjawab tidak setuju diberi kategori rendah dengan skor 2
5. Jika responden menjawab sangat tidak setuju diberi kategori sangat rendah dengan skor 1.

Skor yang telah dijumlahkan dari yang paling rendah sampai yang paling tinggi, maka jumlah tersebut akan tersusun skala interval. Kriteria masing-masing variabel pada analisis tabel mengacu pada interval skor dengan rumus sebagai berikut :

$$I = \frac{NT - NR}{JI}$$

Keterangan :

I = Lebar interval

NT = Nilai tertinggi

NR = Nilai terendah

JI = Jumlah interval

(Sumber : Sudjana, 2009:282)

3.9 Teknik Analisis Data

Dalam penelitian kuantitatif, teknik analisis data menurut Sugiyono (2014:147) merupakan kegiatan setelah data dan seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Kegiatan dalam analisis data adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan seluruh responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dan seluruh responden, menyajikan

data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang diajukan. Dalam teknik analisis data penelitian ini menggunakan rumus regresi linear sederhana, Regresi linear sederhana digunakan untuk judul penelitian yang terdiri atas satu variabel independen dan satu variabel dependen bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, yaitu antara *Response Time* Pelayanan Kesehatan (X) dengan Kepuasan Pasien (Y)

Rumus regresi linear sederhana sebagai berikut:

$$Y = a + bX$$

y = Variabel Terikat

x = Variabel Bebas

a = Intercept atau Konstanta

b = Koefisien Regresi

(Sumber: Sugiyono, 2014:147)

3.10 Uji Hipotesis

Dalam penelitian ini untuk mengetahui tingkat signifikansi dari koefisien korelasi dengan menggunakan statistik Uji "F" Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah variabel bebas (X) secara simultan mempunyai pengaruh terhadap variabel terikat (Y). Pengujian dilakukan dengan membandingkan nilai F Hitung dengan F Tabel pada derajat kesalahan 5% ($\alpha = 0,05$).

Ketentuan yang dipakai untuk menarik kesimpulan ini adalah:

- a. Apabila nilai F Hitung > dari nilai F Tabel atau nilai sig < 0,05 (alpha) maka variabel bebasnya secara simultan memberikan pengaruh yang bermakna terhadap variabel terikat dan hipotesis pertama ditolak serta hipotesis kedua diterima
- b. Apabila nilai F Hitung < dari nilai F Tabel atau nilai sig > 0,05 (alpha) maka variabel bebasnya secara simultan tidak memberikan pengaruh yang bermakna terhadap variabel terikat dan hipotesis pertama diterima serta hipotesis kedua ditolak.

Rumus F Hitung sebagai berikut:

$$F = \frac{R^2/k}{(1-R^2)/(n-k-1)}$$

Keterangan:

R^2 = Koefisien korelasi ganda

k = Jumlah Variabel Independen

n = Jumlah Sampel

(Sumber: Sugiyono, 2014: 192)

Kekuatan hubungan antar variabel yang menunjukkan derajat hubungan yaitu korelasi (r) dapat dikategorikan sebagai berikut:

<0,20	Hubungan rendah sekali; lemah sekali
0,20 - 0,39	Hubungan rendah tetapi pasti
0,40 - 0,70	Hubungan yang cukup berarti
0,71 - 0,90	Hubungan yang tinggi; kuat
> 0,90	Hubungan yang sangat tinggi; kuat sekali; dapat diandalkan

(Kriyantono, 2006:173)

3.11 Uji Validitas dan Reliabilitas Data

1. Uji Validitas

Validitas adalah tingkat keandalan dan kesahihan alat ukur yang digunakan. Instrumen dikatakan valid berarti menunjukkan alat ukur yang dipergunakan untuk mendapatkan data itu valid atau dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur. Untuk mengukur validitas angket dalam penelitian digunakan rumus Korelasi Product Moment :

$$r_{xy} = \frac{n(\sum X_i Y_i) - (\sum X_i) \cdot (\sum Y_i)}{\sqrt{\{n\sum X_i^2 - (\sum X_i)^2\} \{n\sum Y_i^2 - (\sum Y_i)^2\}}}$$

Keterangan :

rx_y : Koefisien Korelasi

X_i : Variabel Independen

Y_i : Variabel Dependen

n : Jumlah sampel

(Sumber : Sugiyono , 2014 : 274)

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui valid atau tidaknya suatu instrumen dalam penelitian berupa pertanyaan/pernyataan dalam kuisisioner. Pada penelitian ini uji validitas diujikan pada kelompok yang berkarakter sama sebanyak 30 % dari objek utama penelitian ini yang merupakan pasien Instalasi Gawat darurat (IGD) yaitu sebanyak 25 orang. Hasil pengujian ini dilakukan dengan menggunakan SPSS Versi 21.

2. Uji Reliabilitas Data

Uji reliabilitas adalah instrumen yang dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat ukur data karena instrumen tersebut telah baik. Reliabilitas merujuk pada satu pengertian bahwa suatu instrumen tersebut sudah baik (Sugiyono, 2014 : 276).

IV. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

4.1 Profil RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi Abdul Moeloek (RSUDAM) merupakan rumah sakit di Provinsi Lampung yang menjadi rujukan seluruh kabupaten yang berada di Lampung dan merupakan satu-satunya rumah sakit bertipe B. rumah sakit Abdul Moeloek memiliki tugas pokok melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah dibidang pelayanan rumah sakit, tugas dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang diberikan oleh pemerintah kepada gubernur serta tugas lain sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh gubernur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Perda Provinsi Lampung No. 12 Tahun 2009 pasal 29 ayat 1). Dalam melaksanakan tugas pokoknya rumah sakit tersebut menyelenggarakan fungsi :

1. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan rumah sakit
2. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan rumah sakit
3. Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang rumah sakit
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh gubernur dibidang pelayanan rumah sakit
5. Pengelolaan administratif.

Rumah Sakit Abdul Moeloek memiliki kapasitas tempat tidur 600 unit, yang terdiri atas 52 tempat tidur kelas utama, 72 tempat tidur kelas satu, 130 tempat tidur kelas dua, 28 tempat tidur kelas khusus, dan 318 tempat tidur kelas tiga. Yang menjadi fokus penelitian oleh peneliti yaitu tempat tidur kelas tiga yang berjumlah 318 unit tersebut.

4.2 Sejarah Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek pada mulanya merupakan Rumah Sakit Ondering Pemerintahan hindia belanda yang didirikan pada tahun 1914 untuk buruh perkebunan. Saat itu bangunan Rumah Sakit masih semi permanen dengan kapasitas seratus tempat tidur. Setelah Indonesia merdeka RSUD Dr. H. Abdul Moeloek menjadi RSUD Pemerintah Sumatera Selatan tahun 1950-1964 untuk selanjutnya menjadi RSUD Tanjung Karang, Teluk Betung saat Lampung menjadi provinsi sendiri. Setelah menjadi RSUD Provinsi Lampung pada tahun 1965 sesuai SK Gubernur Lampung 07 agustus 1984 Rumah Sakit ini berubah nama menjadi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek hingga saat ini. Tahun 1993 sesuai SK Menkes RI Nomor :1163/Menkes/SK/XII/1993 RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dikategorikan menjadi RSUD Kelas B Non Pendidikan. Berdasarkan Peraturan daerah Provinsi Lampung No. 8 tahun 1995 pada tanggal 27 februari 1995, RSUD 63 Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Daerah Tingkat I Lampung disahkan oleh Menteri Dalam Negeri dengan surat

keputusan No. 139 tahun 1995. Kemudian RSUD Dr. H. Abdul Moeloek ditetapkan menjadi Rumah Sakit Unit Swadana Daerah berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Lampung No. 12 tahun 2000. Selanjutnya seiring berjalannya waktu perkembangan terakhir menjadi RSUD Tipe B pendidikan tepatnya tanggal 23 juli 2008 dan RSUD – PPK- BLUD dengan status penuh melalui Pergub Lampung nomor : 605 G/V/HK 2009, pada tanggal 24 september 2009. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek merupakan Rumah Sakit Rujukan tertinggi di provinsi Lampung. Dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif, efisien dan optimal, pada tahun 2000 dilakukan relokasi kelas perawatan dan jumlah tempat tidur yang sebelumnya 555 tempat tidur dikurangi menjadi 400. Namun tahun 2005 kapasitas ditambah menjadi 460 tempat tidur mengingat jumlah pasien yang terus meningkat.

4.3 Visi Misi dan Tujuan Rumah Sakit

Sebagai Rumah Sakit rujukan tertinggi diprovinsi Lampung, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek memiliki visi menjadi Rumah Sakit Profesional Kebanggaan Masyarakat Lampung. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek memiliki empat misi utama yaitu :

1. Memberikan Pelayanan Prima disegala bidang
2. Menyelenggarakan dan mengembangkan Pusat-pusat pelayanan unggulan
3. Membentuk SDM Profesional Bidang Kesehatan

4. Menjadikan Pusat Penelitian Bidang Kesehatan

Motto RSUD Dr. H. Abdul Moeloek yaitu ASRI, merupakan singkatan dari **Aktif, Segera, Ramah dan Inovatif**.

4.4 Tugas pokok dan fungsinya

A. Tugas Pokok

Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

B. Fungsi

- a. Melaksanakan upaya pelayanan medis.
- b. Malaksanakan upaya rehabilitasi medis.
- c. Melaksanakan pencegahan akibat penyakit dan peningkatan serta pemulihan kesehatan.
- d. Melaksanakan upaya perawatan.
- e. Melaksanakan upaya pendidikan dan latihan.
- f. Melaksanakan sistem rujukan.
- g. Sebagai tempat penelitian.

4.5 Jenis Pelayanan

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek melaksanakan berbagai macam jenis pelayanan kesehatan sesuai fungsi, kapasitas, serta kewajibannya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diantaranya :

1. Pelayanan medis
2. Pelayanan penunjang medis dan non medis
3. Pelayanan dan asuhan keperawatan
4. Pelayanan rujukan
5. Pendidikan dan pelatihan
6. Administrasi dan keuangan

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek memiliki enam belas Pelayanan yang sudah terakreditasi dengan status Lulus Tingkat Lengkap, pelayanan tersebut yaitu :

1. Administrasi Manajemen
2. Pelayanan Medis
3. Gawat Darurat
4. Keperawatan
5. Rekam Medis
6. Farmasi
7. Laboratorium
8. Radiologi

9. Kamar Operasi
10. Perinatologi Risiko Tinggi
11. Pengendalian Infeksi Nosokomial
12. K 3
13. Intensif
14. Gizi
15. Rehabilitasi Medik

Dalam melayani pasien yang sedang berobat ,pihak rumah sakit menyediakan sumber daya manusia (SDM) yang cukup banyak terutama dalam bidang administrasi, karena bidang tersebut yang paling penting, distribusi sumber daya manusia pada RSUD Abdul Moeloek provinsi Lampung dapat kita lihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Distribusi pegawai pada RSUD Abdul Moeloek

No	Jenis Tenaga	Status Kepegawaian		Sub Total (Orang)
		PNS	Non PNS	
1	Dokter (Sp, Umum, Gigi)	128	7	135
2	Perawat dan Bidan	492	94	586
3	Farmasi	31	5	36
4	Nutrisionis	15	-	15
5	Fisioterapis	14	-	14
6	Radiografer	12	2	14
7	Sanitarian	13	-	13
8	Analisis Kesehatan	42	13	55
9	Administrasi	347	318	665
	Total	1094	439	1533

Sumber : Profil RSUD Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2018

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis dan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. *Response time* pada RS Abdul Muluk Provinsi Lampung berdasarkan penilaian menggunakan indikator sebagai berikut :

a). Organisasi yang baik

Organisasi yang baik dinyatakan dengan kepuasan pelayanan yang dirasakan karena pasien merasa *response time* yang dilakukan petugas di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap pasien.

b). Pembiayaan yang baik

Response time sangat penting dalam menangani pasien gawat darurat khususnya pasien dengan kategori triase merah karena dapat mengurangi keluasan rusaknya organ-organ dalam dapat juga mengurangi beban pembiayaan

c). SDM yang terlatih

SDM yang terlatih oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan *response time* yang dirasakan tersebut karena persepsi pasien yang merasa bahwa empati yang dimiliki petugas kesehatan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik

d). Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana yang digunakan rumah sakit sudah baik. Pentingnya Sarana dan Prasarana, karena apa yang dilihat dan dirasakan akan mengubah persepsi pasien. Sarana dan Prasarana oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan *response time* yang dirasakan karena pasien merasa fasilitas yang disediakan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap petugas rumah sakit.

2. Kualitas pelayanan RS Abdul Muluk Provinsi Lampung berdasarkan penilaian menggunakan lima indikator SERVQUAL adalah sebagai berikut:

- a. *Tangibles*: Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa RS Abdul Muluk Provinsi Lampung mampu memenuhi kualifikasi terkait dimensi *tangibles* sebagai salah satu indikator penilaian kualitas pelayanan. *Tangibles* oleh pasien dikatakan baik dan puas dengan kualitas pelayanan yang dirasakan karena pasien merasa fasilitas yang disediakan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik terhadap petugas rumah sakit yang menjaga kebersihan rumah sakit.
- b. *Reliability*: Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa RS Abdul Muluk Provinsi Lampung mampu memenuhi kualifikasi terkait dimensi *reliability* sebagai salah satu indikator penilaian kualitas pelayanan tetapi dari dimensi mutu *reliability*/ keandalan yang perlu mendapat perhatian adalah tentang kebersihan kamar dan berkaitan dengan kecekatan tenaga medis menangani pasien kritis.

- c. *Responsiveness*: Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas *responsiveness* yang dirasakan responden, yaitu perawat tidak mampu mendengarkan keluhan dari pasien, tidak memberikan informasi yang jelas tentang keadaan penyakit mereka dan pelayanan yang ada di rumah sakit. Kecepatan petugas dalam melayani pasien juga dikeluhkan oleh sebagian responden, mereka mengharapkan pelayanan yang lebih tanggap terhadap keluhan yang mereka alami.
- d. *Assurance*: Hasil penilaian responden menunjukkan mutu pelayanan pada dimensi *assurance* dengan kategori kurang baik. Penyebab banyaknya responden yang menilai *assurance* kurang baik berdasarkan data hasil penilaian responden yaitu salah satunya karena responden banyak yang tidak mengetahui latar belakang pendidikan perawat yang menanganinya serta petugas kesehatan belum mampu sepenuhnya memberikan kepercayaan kepada pasien.
- e. *Empathy*: Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa *empathy* dikatakan baik dan puas dengan kualitas pelayanan yang dirasakan tersebut karena persepsi pasien yang merasa bahwa empati yang dimiliki petugas kesehatan di RS Abdul Muluk Provinsi Lampung sudah baik karena tidak membeda-bedakan pasien.
3. Besarnya Koefisien Determinasi antara Lingkungan Kerja (X) dengan Budaya dapat dihitung dari nilai R^2 dikalikan dengan 100% atau $R^2 = 0,006 \times 100\% = 6\%$. Dapat disimpulkan bahwa variabel *Response Time* (X) berpengaruh

terhadap perubahan variabel Kepuasan Pasien (Y) sebesar 6 %, sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yang tidak dikaji dalam penelitian ini.

4. Persamaan regresi antara Response Time dengan Kepuasan Pasien adalah sebesar $Y = 3,527 + 0,092X$, yang artinya setiap kenaikan satu point dari variabel *Response Time* akan diikuti oleh variabel Kepuasan Pasien sebesar 0,092 point. Hal ini menunjukkan bahwa *Response Time* memberikan kontribusi dalam meningkatkan Kepuasan Pasien .

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai kepuasan pasien di ruang IGD dalam guna mengetahui apakah ada perubahan kepuasan pasien pasien.

6.2.2 Bagi Manajemen Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan kebersihan ruangan IGD, meningkatkan kecepatan respon pemberi layanan terhadap keluhan pasien IGD serta memastikan keberadaan dokter di ruang IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

6.2.3 Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat khususnya pasien di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, diharapkan dapat memberikan masukan bagi pihak rumah

sakit agar dapat meningkatkan pelayanan dengan tujuan memberikan pelayanan yang sesuai dan memuaskan masyarakat serta masyarakat yang menggunakan fasilitas rumah sakit dapat mampu menjaga fasilitas tsb dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

A. Sumber Literatur

- Anggara, Sahya. 2012. Ilmu Administrasi Negara. Kajian Konsep, Teori, dan Fakta dalam Upaya Menciptakan Good Governance. Bandung: Pustaka Setia.
- Dahlia & Widaryati, 2015. *Waktu Tanggap Perawat Pada Penanganan Pasien Trauma Dannon Trauma di IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Naskah Publikasi*, Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Aisyiyah Yogyakarta . Volume 7 Nomor 37 Agustus 2015
- Emzir. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif (Analisis Data)*. Surabaya: Rajawali Pers.
- Hardiyansyah. 2011. *Kualitas Pelayanan Publik. Konsep, Dimensi Indikator, dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media.
- Kurniati, 2013. *Kepuasan Pasien Rawat Inap Lontara Kelas III Terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar*. (Skripsi). Makassar: Universitas Hassanuddin. Volume 3 Nomor 19 September 2013
- Maryuani, Anik dan Yulianingsih, 2009. *Asuhan Kegawatdaruratan*. Jakarta : Trans Info Media Medis
- Masri Singarimbun, 1995. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta:LP3S.
- Moleong, Lexy J. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rodakarya.
- Muninjaya, Gde AA, 2011, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, EGC.
- Pasolong, Harbani. 2011. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Riduwan. 2009. *Dasar-Dasar Statistika*. Bandung: Alfabeta.

Purba dkk 2015, *Hubungan Response Time dengan Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat Pada Triase Merah Di IGD RSUP Prof. Dr. R. D.Kandou Manado*, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado, Journal Keperawatan, Volume 3 Nomor 2 Mei 2015

Putri,dkk, 2014, *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Beban Kerja Perawat di Unit Rawat Inap RSJ Dadi Makassar Tahun 2007*. Tesis.. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Makassar . Volume 4 Nomor 72 April 2014

Sinambela, Poltak. 2010. *Reformasi Pelayanan Publik: Teori, Kebijakan, dan Implementasi*. Jakarta: Bumi Aksara.

Sudjana. 2009. *Metode Statistika*. Bandung: Tarsito

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Sutawijaya, 2009, *Gawat Darurat*. Yogyakarta: Aulia Publishing

Wibawa, Samudra. 2010. *Mengukur Kinerja Dinas Kabupaten: Pemikiran Awal. Jurnal Revitalisasi Administrasi Negara (Reformasi Birokrasi dan EGovernance)*. Graha Ilmu.

B. Lain-lain:

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 Tentang Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Perizinan dan Klasifikasi Rumah Sakit.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12/Menkes/SK/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonomi

Undang Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.